

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №3

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №3, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Ахмедов Х.С., Халметова Ф.И., Тураев И.А. КЛИНИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗОНЫ ПРОЖИВАНИЯ	Axmedov Kh.S., Khalmetova F.I., Turayev I.A. FEATURES OF CLINICAL AND FUNCTIONAL INDICATORS IN RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON ZONES OF RESIDENCE	65
Bekenova G.T., Asqarov N.L., Tolipov O'U. REVMATOID ARTRITLI BEMORLARDA FARMAKOTERAPIYANI SAMARADORLIGINI PSIXOFENOTIPGA BOG'LIQLIGI	Bekenova G.T., Askarov N.L., Tolipov U.U. THE EFFECTIVENESS OF PHARMACOTHERAPY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON THEIR PSYCHOPHENOTYPE	68
Бердиева Д.У., Бабакулиева Ж.Я. ПОЛИАНГИИТЛИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИНГ ФАОЛЛИГИ ВА ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ	Berdieva D.Yu., Babakulieva Zh.Ya. ASSESSMENT OF ACTIVITY AND DAMAGE INDICATORS IN GRANULOMATOUS POLYANGIITIS	70
Botirova N.A., Sadikova N.G., Hamrayev X.X. QANDLI DIABETNING 2 TURIDA RIVOJLANGAN SURUNKALI BUYRAK KASALLIGINI ERTA TASHXISLASHDA KLOTHO HAMDA SISTATIN C NI ANAMIYATI	Botirova N.A., Sadikova N.G., Khamraev X.X. SIGNIFICANCE OF CLOTHO AND CYSTATIN C IN EARLY DIAGNOSIS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN TYPE 2 DIABETES	76
Буранова С.Н., Ахмедов Х.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА СУСТАВИН НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРИТА	Buranova S.N., Akhmedov Kh.S. CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS SUSTAVIN IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS	79
Buranova S., Ahmedov X., Rahimova M. OSTEOARTRITLI BEMORLARDA TOG'AY OLIGOMER MATRIKS OQSILI KO'RSATKICHLARINI YAXSHILASHGA QARATILGAN TERAPEVTIK TADBIRLARNING ANAMIYATI	Buranova S., Akhmedov H., Rakhimova M. THE IMPORTANCE OF A TREATMENT IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS FOCUSED ON THE DYNAMICS OF THE INDICATORS OF THE CARTILAGE OLIGOMER MATRIX PROTEIN	82
Ганиева Н.А. ТИЗИМЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯЛИ БЕМОРЛАРДА КАРДИОВАСКУЛЯР ТИЗИМ ЗАРАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ БАҲОЛАШ	Ganieva N.A. ASSESSMENT OF INDICATORS OF DAMAGE TO THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLERODERMA	87
Дадабаева Н.А., Мирзалиева А.А., Махмуджонова М.Э. ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ТРЕТЬЕГО КУРСА ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ	Dadabaeva N.A., Mirzalieva A.A., Makhmudzhonova M.E. THE INFLUENCE OF A HEALTH LIFESTYLE ON THE ACADEMIC PERFORMANCE OF THIRD-YEAR TASHKENT MEDICAL ACADEMY STUDENTS	91
Джуроева Э.Р., Ганиева Н.А., Исраилов А.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Djuraeva E.R., Ganieva N.A., Israilov A.A. FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS DEPENDING ON THE CAUSATIVE AGENT OF THE DISEASE	94
Джуроева Э.Р. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К УРАТСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОДАГРЕ	Djuraeva E.R. ADHERENCE TO URATE-LOWERING THERAPY FOR GOUT	99
Ibragimov Kh.I., Ziyadullayev Sh.X. THE RELATIONSHIP BETWEEN METHOTREXATE MONTHERAPY AND CARDIOVASCULAR MORBIDITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS	Ibragimov X.I., Ziyadullayev Sh.X. REVMATOID ARTRITDA METOTREKSAT MONOTERAPIYASI VA YURAKQON TOMIR KASALLILARI O'RTASIDAGI BOG'LIQLIK	102
Исламова К.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	Islamova K.A. QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS	106
Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. REVMATOIDLI ARTRITDA TOTSILIZUMAB PREPARATI BILAN OLIV BORILGAN KOMPLEKS TERAPIYANING BO'G'IM DESTRUKSIYASIGA TA'SIRINI O'RGANISH	Matchanov S.X., Abdurazzakova D.S. STUDY OF THE EFFECT OF COMPLEX THERAPY WITH TOCILIZUMAB IN RHEUMATOID ARTHRITIS ON ARTICULAR DESTRUCTION	110
Мирахмедова Х.Т., Мирзалиева А.А., Саидрасулова Г.Б., Махкамова М.Н. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА ЭРЛАМУС У БОЛЬНЫХ СИСТЕМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ	Mirakhmedova Kh.T., Mirzalieva A.A., Saidrasulova G.B., Makhkamova M.N. ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS AND TOLERABILITY OF THE DRUG ERLAMUS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS	113
Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Саидрасулова Г.В., Мирзалиева А.А. АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТИНГ ТУРЛИ КЛИНИК БОСҚИЧЛАРИДА HLA-B 27 ГЕНИНИНГ ЎРНИ	Mirakhmedova H.T., Dadabaeva N.A., Saidrasulova G.B., Mirzaliyeva A.A. ROLE OF HLA-B27 GENE IN DIFFERENT CLINICAL STAGES OF ANKYLOSING SPONDYLOARTHRITIS	117
Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Абдуллаев У.С. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	Mirahmedova H.T., Dadabaeva N.A., Abdullaev U.S. EVALUATION OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY INSTRUMENTAL METHODS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS	122

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Джурова Э.Р., Ганиева Н.А., Исраилов А.А.

РЕАКТИВ АРТРИТНИ ҚЎЗҒАТУВЧИСИГА КЎРА КАСАЛЛИКНИ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Джурова Э.Р., Ганиева Н.А., Исраилов А.А.

FEATURES OF THE COURSE AND TREATMENT OF REACTIVE ARTHRITIS DEPENDING ON THE CAUSATIVE AGENT OF THE DISEASE

Djuraeva E.R., Ganieva N.A., Israilov A.A.

Ташкентская медицинская академия

Мақсад: реактив артритнинг турли шаклларида антибактериал терапия самарадорлигини ўрганиш.

Материал ва усуллар: текширувда 86 та РеА ташхисли бемор (48 та эркак ва 38 та аёл) кўрилган. **Натижалар:** беморлар инфекция ўчоқларининг клиник белгиларига кўра, уч гуруҳга бўлинган: уроген артритлар - 58 та бемор, энтероген - 18 та, аралаш - 10та бемор. Антибактериал препаратлардан доксициклин, рокситромицин, ципрофлоксацин қўлланилган ва самарадорлиги аниқланган. **Хулоса:** тадқиқот натижалари РеА турли шаклларида антибактериал воситалар самарадорлигини аҳамиятлигини сезиларли даражада кўрсатмоқда.

Калит сўзлар: реактив артрит, антибактериал даво, даволаш самарадорлиги.

Objective: The article presents data of study of the efficacy of antibiotic therapy in various forms of reactive arthritis. **Materials and methods:** The study included 86 patients with a diagnosis of ReA. **Results:** Which depends on clinically detected foci of infection, all patients were divided into three groups which urinogenous arthritis was diagnosed in 58 patients, enterogenous – in 18 patients, mixed – in 10 patients. As an antimicrobial drugs used doxycycline, roxithromycin, ciprofloxacin. **Conclusions:** results of the study demonstrate the substantial differences of effectiveness of antibacterial agents in various forms of ReA.

Key words: reactive arthritis, antibiotic therapy, effectiveness of treatment.

Заболевания суставов занимают одно из первых мест среди причин нетрудоспособности населения в возрасте 16-72 лет и являются основной причиной инвалидности лиц старше 65 лет.

Среди хронических воспалительных заболеваний суставов одним из наиболее часто встречающихся является реактивный артрит (РеА). Пациенты с РеА составляют около 10% больных ревматологических стационаров, причем при хронической форме заболевания может развиваться значительная утрата функциональных способностей суставов и возникновение тяжелых осложнений, что приводит к инвалидизации 42% пациентов [1].

РеА – воспалительное негнойное заболевание суставов, развивающееся вскоре (обычно не позже чем через 1 мес) после острой кишечной или урогенитальной инфекции. РеА встречается у 2-6% больных, перенесших кишечную инфекцию, и у 1-3% перенесших мочевую инфекцию, уретрит, связанный с инфекцией *Chlamidia trachomatis* [2].

В последние годы отмечается рост числа больных РеА. Согласно эпидемиологическим данным, в 15-70% возникает рецидив заболевания. У 20% больных имеется та или иная форма хронического периферического артрита и/или поражения осевого скелета [3].

РеА вызывается весьма разнообразными возбудителями. Инфекционные агенты можно условно разделить на кишечные – *Shigella flexneri* и 2a, *Shigella sonnei*, *Campylobacter jejuni*, *Salmonella heidelberg*, *Salmonella typhimurium*, *Salmonella choleraesuis*, *Yersinia*

enterocolitica серотип 03 и 09, *Yersinia pseudotuberculosis* и мочеполовые (*Chlamidia trachomatis*) [4-6].

В ряде случаев развитию РеА может предшествовать одновременно кишечная и урогенитальная инфекция. Кроме того, показана возможность появления РеА у одного и того же больного как после кишечной, так и после урогенитальной инфекции в разные периоды жизни, равно как и после инфекционных процессов одной локализации, но вызываемых различными возбудителями. Не исключают значение инфицирования кишечника и урогенитального тракта одновременно несколькими микроорганизмами. Установлена роль реинфицирования при рецидивах РеА, в частности при возобновлении половых контактов с несанированным партнером, предшествовавший контакт с которым вызвал урогенитальную инфекцию, осложнившуюся РеА [1,4,6].

Несмотря на большое количество информации о предполагаемых возбудителях РеА, в настоящее время у 30-50% больных РеА остаются безуспешными все попытки идентифицировать первичный инфекционный агент с использованием современных микробиологических и серологических методов как в начальной стадии РеА, так и через длительный период после его появления. Это связано с рядом причин, например, возможно сочетание предшествовавших РеА инфекционных процессов различной локализации, а также участие нескольких патогенных микроорганизмов в инфекционном процессе одной локализации [7].

Повышенный интерес к РеА связан не только с его высокой распространенностью, но и с установленной этиологией заболевания, а также открывающимися возможностями для антибактериального воздействия на течение заболевания.

Основные принципы лечения РеА любой этиологии можно свести к следующим основным составляющим: антибактериальная терапия, патогенетическая терапия артрита, включающая противовоспалительную терапию, направленную на подавление воспалительного процесса; терапия, контролирующая течение болезни, при его хроническом, инвалидизирующем течении, применение базисных средств, методов локальной терапии [8-10].

Несмотря на то, что связь РеА с микробными возбудителями считается установленной, и антибактериальная терапия, входящая в программу, является обязательной при лечении заболевания, исследования, касающиеся эффективности антибактериальных препаратов при РеА немногочисленны, выполнены на ограниченном клиническом материале, носят нерандомизированный характер, результаты их неоднозначны, без изучения сравнительной эффективности различных антибактериальных средств.

На сегодняшний день не является точно установленной не только сравнительная эффективность различных антибактериальных препаратов, но и частота и продолжительность достигнутых ремиссий. Таким образом, представляется целесообразным дальнейшее проведение исследований по изучению эффективности антибактериальной терапии при РеА.

Цель исследования

Изучение возможностей дифференцированной антибактериальной терапии при различных формах РеА.

Материал и методы

В исследование были включены 86 больных (48 мужчин и 38 женщин) с достоверным диагнозом РеА, установленным на основании критериев, предложенных АКР (1999). Средний возраст пациентов – $37,12 \pm 2,6$ года, продолжительность заболевания – в среднем $7,2 \pm 1,8$ года.

Среди пациентов преобладали лица с подострой формой (51%) течения заболевания. В зависимости от клинически выявленного очага инфекции все

больные были разделены на три группы: урогенный артрит выявлен у 58 больных (67%), энтеро-генный – у 18 (21%), смешанная этиология артрита имела место у 10 (12%).

По степени активности заболевания больные распределились следующим образом: I степень активности диагностирована у 24 (28%), II степень – у 62 (72%). Методом рандомизации больные были разделены на три группы. 39 пациентов 1-й группы получали доксициклин по 100 мг 2 раза в день. 28 больных 2-й группы назначался рокситромицин по 150 мг 2 раза в день. 19 пациентов 3-й группы получали ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день.

Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания, форме РеА. Антибактериальные препараты назначались двумя курсами по три недели с интервалом в три недели. Помимо антибактериальной терапии, больные получали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), по показаниям проводилась также физиотерапия и лечебная физкультура.

Обследование включало рентгенографию крестцово-подвздошных сочленений, пораженных суставов, общий анализ крови, мочи, копрограмму, посев кала, определение С-реактивного белка, выявление хламидий, микоплазм и уреоплазмы с помощью цепной полимеразной реакции.

Оценка динамики показателей в процессе лечения проводилась через 3, 6 и 12 месяцев с момента начала исследования по шкале «Суставная боль», шкале «Дизурия, диспепсия». Изучение динамики показателей суставного синдрома на фоне приема антибактериальной терапии при урогенном РеА выявило снижение всех показателей.

Так, при анализе шкалы «Суставная боль» на 3-й неделе определялось превосходство доксициклина перед рокситромицином и ципрофлоксацином, но уже к 3-му месяцу уменьшение данных во всех группах было примерно равным, к 6-му и 12-му месяцам выявлено преимущественное снижение показателей в группе больных, принимавших ципрофлоксацин (соответственно -48,3; -37,1; -32,4) (рис. 1). Однако значимого преимущества не обнаружено ни в одной из групп. Это преимущество сохранилось и через 12 месяцев, однако достоверного различия ни в одной из групп не наблюдалось.

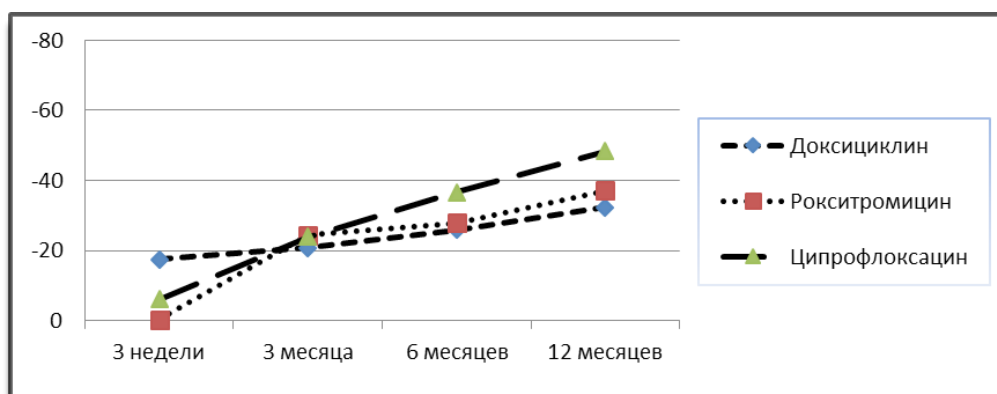


Рис. 1. Динамика показателя шкалы «Суставная боль» у больных урогенным РеА.

При анализе шкалы «Дизурия-диспепсия» также выявлено снижение показателей на всех точках наблюдения, однако достоверных различий между группами не было (рис. 2).

Таким образом, при урогенной форме РеА по влиянию на динамику суставного синдрома ни у одного из изученных антибактериальных препаратов преимуществ не выявлено.

Изучение динамики показателей суставного синдрома на фоне приема антибактериальных препара-

тов при энтерогенном РеА показало следующие результаты. При анализе шкалы «Суставная боль» в группе больных, принимавших доксициклин и ципрофлоксацин, отмечалось снижение показателей на всех точках наблюдения. В группе больных, принимавших рокситромицин, тенденция к снижению показателей на 3-й неделе и на 3-м месяце сменялась их возрастанием к 6-му и 12-му месяцам (рис. 3).

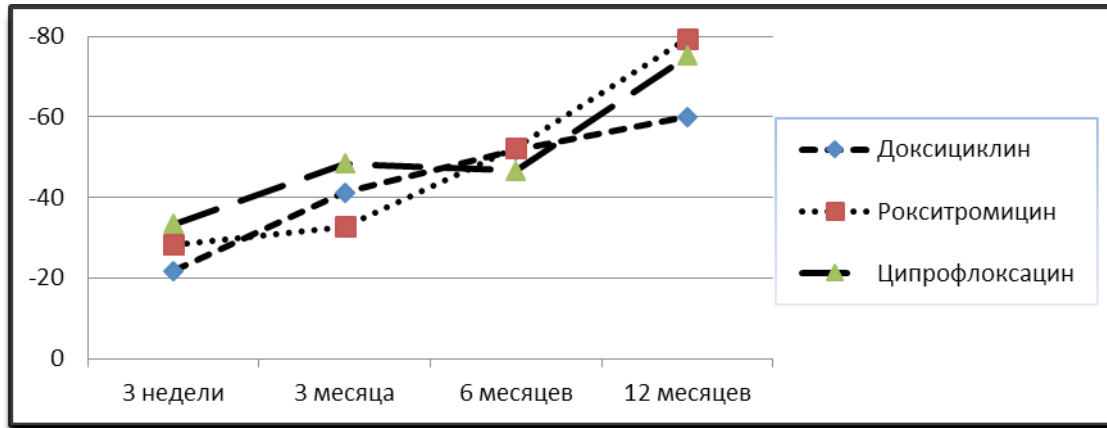


Рис. 2. Динамика показателя шкалы «Дизурия-диспепсия» с урогенным РеА.

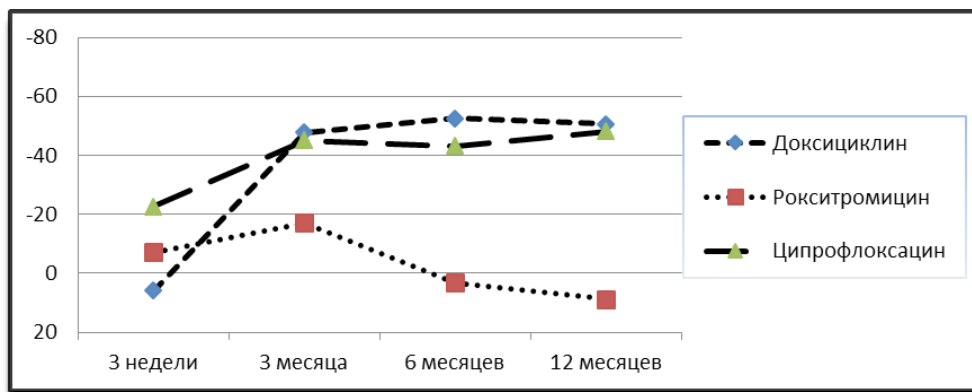


Рис. 3. Динамика показателя шкалы «Суставная боль» у больных энтерогенным РеА.

При анализе шкалы «Дизурия-диспепсия» у больных энтерогенным РеА, принимавших доксициклин и ципрофлоксацин, выявлена тенденция к снижению показателя на всех точках относительно

исходных значений. В то же время в группе пациентов, принимавших рокситромицин, до 3-го месяца отмечалось уменьшение показателя, а к 12-му месяцу тенденция к его нарастанию (рис. 4).

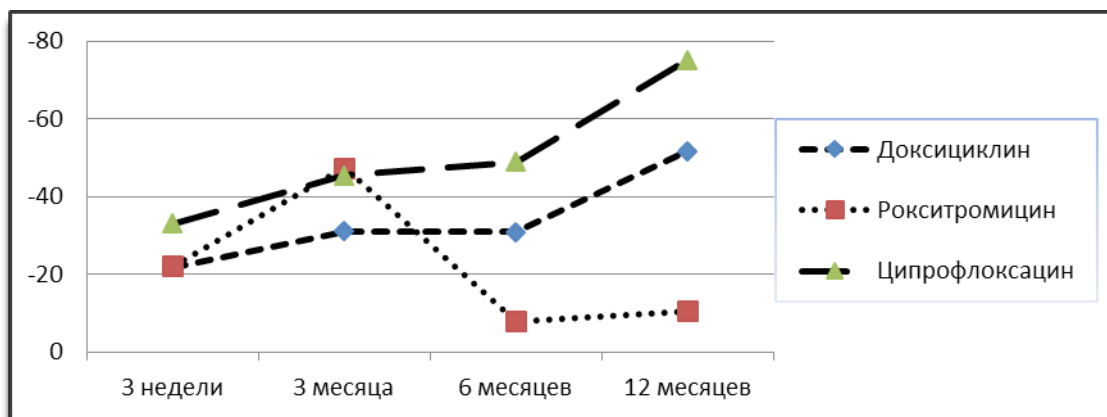


Рис. 4. Динамика показателя шкалы «Дизурия-диспепсия» у больных энтерогенным РеА.

При анализе динамики показателя шкалы «Суставная боль» у больных со смешанной формой РеА выявлена тенденция к уменьшению показателей на всех точках исследования.

К 12-му месяцу исследования зарегистрировано преимущество доксициклина перед цiproфлорксацином и рокситромицином без значимых различий между группами (рис. 5).

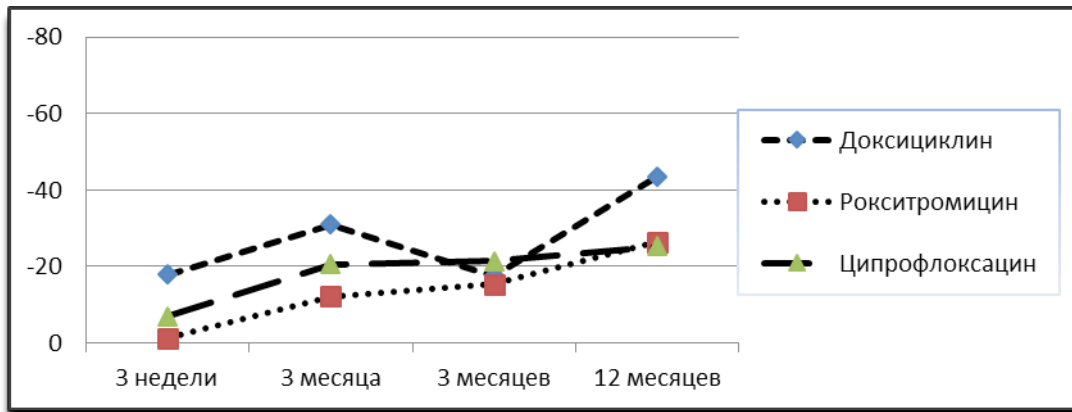


Рис. 5. Динамика показателя шкалы «Суставная боль» у больных смешанным РеА.

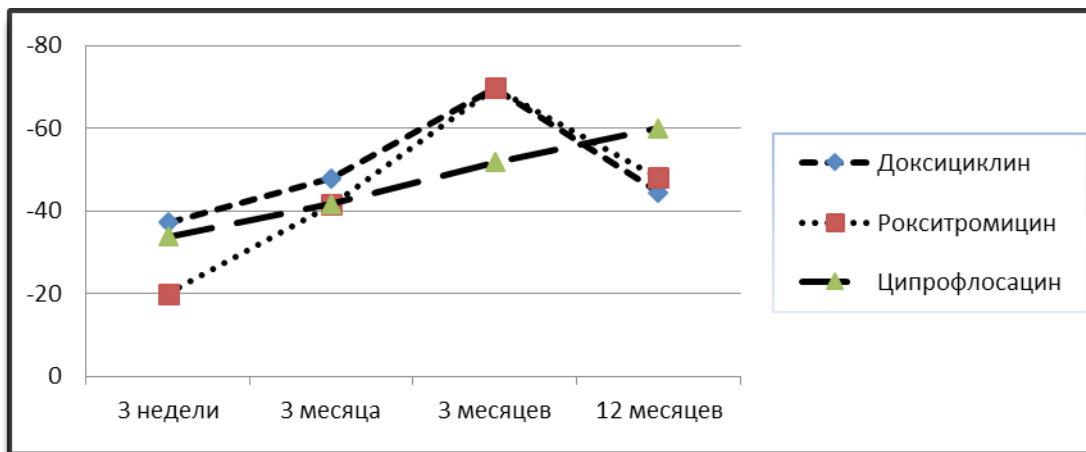


Рис. 6. Динамика показателя шкалы «Дизурия-диспепсия» у больных со смешанным РеА. Примечание. * - $p < 0,05$ при сравнении доксициклина и рокситромицина.

Выводы

1. В эффективности антибактериальных препаратов при различных формах РеА выявлены существенные различия.
2. У пациентов с урогенной формой РеА эффективность доксициклина, цiproфлорксацина и рокситромицина существенно не различалась, поэтому при данной форме РеА может быть использован любой из этих антибиотиков.
3. При РеА энтерогенной этиологии доксициклин и цiproфлорксацин оказались существенно более эффективными, чем рокситромицин.
4. При смешанной форме РеА доксициклин и цiproфлорксацин были эффективными рокситромицином, поэтому у этих больных данные препараты являются препаратами выбора.

Литература

1. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии реактивных артритов // Науч.-практ. ревматол. – 2018. – №3.

При анализе динамики шкалы «Дизурия-диспепсия» на 3-й неделе наблюдения выявлено достоверное преимущество доксициклина перед рокситромицином ($p < 0,05$). На 3-м и 6-м месяцах отмечалось снижение показателя во всех группах, к 12-му месяцу – тенденция к увеличению в группах пациентов, принимавших цiproфлорксацин и рокситромицин (рис. 6).

– С. 3-10.

2. Белов Б.С., Балабанова Р.М. Реактивные артриты: современные аспекты диагностики и лечения // Антибиотики и химиотерапия. – 2020. – №65 (7-8). – С. 63-70.

3. Власенко А., Киреева Е. Диагностика и лечение реактивного артрита // Врач. – 2016. – №12. – С. 6-10.

4. Насонов Е.Л. Реактивные артриты: Клин. рекомендации Ревматология; Под ред. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – С. 86-92.

5. Aripova N.A., Djurayeva E.R., Abduazizova N.X. et al. The role of pro-inflammatory cytokines in various types of systemic scleroderma // Seybold Rep. J. – 2023. – Vol. 18 (Issue 06). – P. 1469-1476.

6. Ganiyeva N.A., Djurayeva E.R., Abduazizova N.X. et al. Assessment of clinical and diagnostic aspects of atherosclerosis in patients with systemic scleroderma // J. Hum. Univer. Nat. Sci. – 2023. – Vol. 50, №7. – P. 37-47.

7. Luccino B., Spinelli F.R., Perricone C. et al. Reactive arthritis: current treatment challenges and future perspectives // Clin. Exp. Rheumatol. – 2019. – Vol. 37. – P. 1065-1076.

8. Wendling D., Prati C., Chouk M., Verhoeven F. Reactive arthritis: treatment challenges and future perspectives // Curr. Rheu-

matol. Rep. – 2020. – Vol. 22, №7. – P. 29.

9. Zeidler H., Hudson A.P. Chlamydia-Induced Reactive Arthritis: Disappearing Entity or Lack of Research? // Curr. Rheumatol. Rep. – 2019. – Vol. 21. – P. 63.

10. Zeng H., Luo B., Zhang Yu. et al. Treatment of reactive arthritis with biological agents: a review // Biosci. Rep. – 2020. – Vol. 11. – P. 40.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗБУДИТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Джураева Э.Р., Ганиева Н.А., Исраилов А.А.

Цель: изучение возможностей дифференцированной антибактериальной терапии при различных формах реактивного артрита. **Материал и мето-**

ды: под наблюдением были 86 больных (48 мужчин и 38 женщин) с достоверным диагнозом реактивного артрита. **Результаты:** в зависимости от клинически выявленного очага инфекции все больные были разделены на три группы: урогенный артрит выявлен у 58, энтерогенный – у 18 больных, смешанный – у 10. В качестве антибактериальных препаратов применялись доксициклин, рокситромицин, цiproфлоксацин. **Выводы:** изученные антибактериальные препараты продемонстрировали различную эффективность в зависимости от формы реактивного артрита.

Ключевые слова: реактивный артрит, антибактериальная терапия, эффективность лечения.

